

様式 7

アドバイス・レポート

令和 4年 1月 12日

※平成 25年 4月 1日以降に支援機構への受診申込分から適用

令和 3年 9月 30日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（ミストラル福知山西様）につきましては、第三者評価結果に基づき、下記のとおりアドバイスをいたしますので、今後の事業所の運営及びサービスの提供に役立ててください。

記

特に良かった点とその理由
(※)

1. サービス提供責任者全員(4名)が利用者情報を共有し、迅速で的確なサービスに繋がっています。

○サービス担当責任者は担当制ではなく、連絡ノート等で日頃から利用者全員の情報を共有しており、利用者からの問い合わせに対しても全員で対応し、緊急時にも迅速に対応できる体制になっています。

○現場でヘルパーが困難な場面に遭遇した時には、サービス提供責任者全員のだれもが適切な指示を出せる体制となっており、ヘルパーにとっても安心して働ける職場となっています。

○サービス担当責任者全員が情報共有することで、休日や夜間においても迅速な対応が可能になっており、職員の負担軽減にもつながっています。

2. ヘルパーの研修・育成に事業所全体として取り組まれています

○全ヘルパーを対象に毎月少人数のグループに分けて「ケア会議」を開催し、介護の知識や技術の向上に向けて丁寧に取り組まれています。

○利用者毎の「ケース会議」を毎月開催し、担当ヘルパーが出席して利用者毎の個別のサービス提供について具体的に検討し、より良いサービスの提供に繋がっています。

○ヘルパーは自己チェック表に基づきレベルチェックを毎年行い、ヘルパー自らの課題を明確にしています。また自己評価の結果をもとに管理者は面談を実施し、個々の課題の改善について共に検討しています。

○ヘルパーが介助方法について困難と感じた場合などには、サービス提供責任者が利用者宅に同行し、丁寧に指導するなど OJT による育成に取り組まれています。

	<p>3. 要介護高齢者が地域で安心して暮らせるようより良い在宅介護サービスの実現に取り組まれています</p> <p>○地域における在宅医療・介護に携わる他職種間の情報共有と連携を促進するために、京都府医師会が提供し福知山市がサポートする「京あんしんネット」に加入しており、利用者の主治医や訪問看護と連携し、より良い在宅介護サービスの実現に取り組んでいます。</p> <p>○「京あんしんネット」ではタブレットなどの ICT 機器を活用することで、リアルタイムで利用者情報を共有でき、ヘルパーは安心してサービス提供することができます。また状況に変化があった場合でも素早く対応することが可能となっています。</p> <p>○福知山市在宅介護応援チーム「笑くぼ」に参加しており、複数の在宅介護に携わる事業所や医師と連携し、他職種協働の実現に取り組んでいます。</p>
特に改善が望まれる点とその理由（※）	<p>1. ヒヤリハットの取り組みが不十分です</p> <p>○事業所としてヒヤリハット報告書のフォーマットを簡易なものに変えるなど、提出の促進に取り組まれているとのことですが、ヒヤリハットに対する意識の浸透が必要と思われます</p> <p>2. 利用者満足度調査の結果について情報公開が必要です</p> <p>○毎年利用者満足度調査を実施されていますが、調査結果が公開されていません。組織の透明性の確保や事業所の信頼性の向上のために利用者からの意見・要望・苦情についての情報を公開することが望まれます。</p> <p>3. サービスの質の向上のための検討体制の整備が必要です</p> <p>○管理者会議や部署内会議で様々な事業運営上の改善について検討されていますが、さらにサービスの質の向上について検討する体制の構築が望まれます。</p>
具体的なアドバイス	<p>1. ヒヤリハットに対する取り組みについて</p> <p>○事故に至らなかったケースを一般的にはヒヤリハットと言いますが、もう少し積極的に「もしこうであったら事故が発生したかもしれない」、あるいは「もしこうであったら事故を予防できたかもしれない」と言った発想による報告があっても良いと考えます。もう一度ハインリッヒの法則「1件の重大事故の裏には 29 件の軽微な事故と 300 件のケガに至らない事故がある」に立ち返り、ヒヤリハットを放置すると確実に一定の確率で事故が発生するという</p>

	<p>ことを職員全員が認識することが重要です。</p> <p>○ヒヤリハットへの取り組みの目的は事故予防です。事故予防に対する意識を高めるために実際の支援の現場を想定した研修をヘルパー研修会等で危険予知訓練(KYT)として行ってはいかがでしょうか。</p> <p>2. 利用者満足度調査の結果についての情報公開が必要です</p> <p>○利用者満足度調査の結果は法人本部で集計され、法人内では報告されていますが、利用者に対して公開されていません。組織の透明性を確保し、事業所の信頼を得るためにも、ホームページ等でも公開することが望ましいと考えます。</p> <p>○現在発行されている機関誌「ミストラル通信」にアンケートの結果を公表されては如何でしょうか。</p> <p>3. サービスの質の向上に係る検討体制の整備について</p> <p>○サービスの質の向上について検討する仕組み(検討委員会)を独立した委員会として作ることにより、「PDCA サイクル」が生まれ、その結果より一層の職場の活性化や職員のモチベーションの向上にもつながるものと考えます。</p> <p>○サービスの質の向上への取り組みは持続的なテーマであり、職員全員が取り組むべきテーマでもあります。そのため毎月開催されている部署内会議(ヘルパー会議)においても定例議題として取り上げられることをお奨めします。</p> <p>○満足度調査や事故及びヒヤリハットの結果をその会議で取り上げ検討された結果をもとに各種マニュアルの見直しを行い、また事業計画にも反映される仕組みを作っては如何でしょうか。</p>
--	---

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントを「評価結果対比シート」に記載しています。

※その他所感

○事務所正面のスペースが現在使用されていません。市内の人通りも多い地域です。地域住民との交流スペースにするなど活用してほしいと思います。

(様式6)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

評価結果対比シート

事業所番号	2672600554
事業所名	ミストラル福知山西
受診メインサービス (1種類のみ)	訪問介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	
訪問調査実施日	令和3年11月19日
評価機関名	NPO法人きょうと介護保険にかかわる会

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
I 介護サービスの基本方針と組織						
(1) 組織の理念・運営方針						
	理念の周知と実践	1	組織の理念及び運営方針を明確化・周知している。また、法人の経営責任者（運営管理者含む）及び事業所の職員全員が、理念及び運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A	
	組織体制	2	経営責任者（運営管理者含む）は、公正・適切なプロセスで意志決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。	A	A	
	(評価機関コメント)		1. 事業所内に理念や経営方針を掲示するとともに、職員はミニブックを常に携帯し理念を意識して業務を行っています。利用者・家族等には契約時に重要事項説明書やパンフレット等で説明しています。 2. 定期的な部署内会議、管理者会議、経営者会議を開催しています。職員の意見を反映し法人運営をされています。また職務分掌表にて職務権限を明文化し、各レベルに応じた責任と権限を明確にしています。			
(2) 計画の策定						
	事業計画等の策定	3	組織として介護サービスの向上に向けた計画を策定するとともに着実に実行している。また計画策定には多角的な視点から課題を把握している。	A	A	
	業務レベルにおける課題の設定	4	各業務レベルにおいて課題が設定され、各部門全体が課題の達成に取り組んでいる。	A	A	
	(評価機関コメント)		3. 法人及び事業所毎に3か年単位の事業計画が策定されており、前年度の改善点を明確にした上で当年度の事業計画を策定しています。職員の意見は部署内会議、管理者会議を通して事業計画に反映されており、事業所全体として課題改善を図りながらサービスの質の向上に努めています。 4. 全職員が毎年自己評価を行い、課題を確認しています。また管理者は実施した自己評価をもとに毎年面談し、ともに課題解決について話し合っています。さらに「ケア会議」（テーマを決めた研修）や事例研究の「ケース会議」を通して事業所が一体となって課題の達成に取り組んでいます。			

(3) 管理者等の責任とリーダーシップ

法令遵守の取り組み	5	遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	A	A
管理者等によるリーダーシップの発揮	6	経営責任者又は運営管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業運営をリードしている。	A	A
管理者等による状況把握	7	経営責任者又は運営管理者は、事業の実施状況等を把握し、いつでも職員に対して具体的な指示を行うことができる。	A	A
(評価機関コメント)		<p>5. 管理者は法令遵守に関する研修会に参加し、必要な情報は管理者自ら各ヘルパーに説明し、周知しています。介護保険法等についてはファイルにまとめて事務所内に設置し、いつでも、誰でも閲覧出来るようにしています。また法令遵守責任者を置く等、法令遵守に努めています。介護保険法を含む関係法令を幅広く充足するため、現在改善に取り組んでいます。</p> <p>6. 職務分掌表により管理職の役割と責任を明確にしています。管理者は、事業所の運営方針を決定する管理者会議に出席し職員の意見を反映しています。また、職員会議や面談により職員の意見を聞く機会を活用して、リーダーシップの発揮に努めています。職員ヒアリングからも上司に自由に意見が言える風通しの良い職場となっていることが伺えました。</p> <p>7. 管理者は常に事業の実施状況を随時確認できるようにしています。休日は輪番制で携帯電話対応を行っています。管理者不在時には、サービス提供責任者が現状報告を受け、指示できる体制が整っています。事故等の緊急時には直ちに連絡を取り合い、指示を仰ぐ体制となっています。</p>		

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
II 組織の運営管理						
(1) 人材の確保・育成						
		質の高い人材の確保	8	質の高い介護サービスを提供できる人材の確保のために、必要な人材や人員体制についての管理・整備を行っている。	A	A
		継続的な研修・OJTの実施	9	採用時研修・フォローアップ研修等を実施し、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。また業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパービジョンを行う体制がある。	A	A
		実習生の受け入れ	10	実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。	A	A
		(評価機関コメント)		<p>8. 法人は必要な人材や人員体制など人事管理に関する方針を定めています。常勤職員と非常勤職員の比率、有資格者の配置等は定期的に見直しを行い、有資格者や実務経験者の採用を優先しています。資格取得のための勉強会を開催するほか、交通費や受講料の補助など支援の仕組みがあります。また介護員養成研修事業を法人が実施しており、受講生の中から雇用に繋がるケースもあります。</p> <p>9. 法人内に研修担当者を置きキャリアパスに基づき年間研修計画を立てています。新任者には教育計画に基づき実務研修を行っています。外部研修については情報を入手し職員に受講を促しています。ケア会議、ケース会議などは毎月開催され、職員が互いに学び合うための機会となっています。</p> <p>10. 実習生の受け入れに関するマニュアルは整備され、マニュアルに沿った実習生受け入れ体制が整っています。毎年、近隣の福祉系の高校の実習生や法人の養成機関から初任者研修の実習生の受け入れを行っています。</p>		
(2) 労働環境の整備						
		労働環境への配慮	11	質の高い介護サービスを提供することができるよう、職員の労働環境に配慮している。	A	A
		ストレス管理	12	職員の業務上の悩みやストレスを解消するために、具体的な取り組みを行い業務の効率を高めている。また、スタッフが充分にくつろげ、心身を休めることができる休憩場所を確保し必要な環境を整備している。	A	A
		(評価機関コメント)		<p>11. 有給休暇の取得や残業時間削減など、法人本部で一括管理しながら労働環境に配慮した事業運営を行っています。スライディングシート等の介護補助具を携帯し、職員の介護負担軽減を図っています。また、育児休業や介護休業については適切に運用され、実際に取得者もいます。</p> <p>12. 法人本部には非常勤産業医が配置されており、職員のストレス解消やメンタルヘルス維持の相談に応じる体制があります。毎年上司が職員面談を実施して就業希望や意向を聞く機会を設けています。バレーボールなどのレクリエーション活動や、法人が運営する健康センターのマシンの無料利用などによりストレス解消を図っています。事業所内にはゆったりくつろげる休憩室が整備されています。就業規則の中に各種ハラスメント防止について記載され、法人内に相談の窓口も設置されています。産業医への相談体制の周知が不足していました。</p>		

(3) 地域との交流

地域への情報公開	13	事業所の運営理念を地域に対して開示し、広報するとともに、利用者と地域との関わりを大切にしている。	A	A
地域への貢献	14	事業所が有する機能を地域に還元している。	A	A
(評価機関コメント)		13. ホームページでの事業所情報発信や京都府の情報公表制度(ワムネット)を活用し、情報を開示しています。事業所は市内の中心部にあり商業地域のため地域との交流はあまりできていませんが、自治会に加入し地域の草刈り等に参加しています。 14. 京都府医師会が主催し福知山市も推進している地域医療連携としての「京あんしんネット」や認知症に取り組む「地域在宅介護応援チーム笑くぼ」に積極的に参加し、事業所の提供するサービスを通じて地域貢献に努めています。		

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
Ⅲ 適切な介護サービスの実施						
(1) 情報提供						
	事業所情報等の提供	15	利用者（希望者含む）に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	A	A	
	(評価機関コメント)		15. 事業所情報はホームページやパンフレットで利用者に提供し、パンフレットや重要事項説明書で分かりやすく説明しています。また利用者からの直接の問い合わせに対してはケアマネジャーを紹介するなど丁寧に対応し記録しています。			
(2) 利用契約						
	内容・料金の明示と説明	16	介護サービスの利用に際して必要となる内容や料金について、利用者に分かりやすく説明し同意を得ている。	A	A	
	(評価機関コメント)		16. サービスの利用開始に当たっては、重要事項説明書等で本人又は家族にサービス内容や料金について説明を行い、同意を得ています。また保険外サービスについても専用のパンフレットを用意し分かりやすく説明しています。認知症等により判断能力に支障が認められる利用者の場合は、契約時に家族や補助人、後見人等に必ず立ち合いを依頼し、同意を得ています。利用者の権利擁護のために成年後見制度や地域福祉権利擁護事業（日常生活自立支援事業）の活用を推進しています。現在実際に利用している利用者がいます。			
(3) 個別状況に応じた計画策定						
	アセスメントの実施	17	利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況を踏まえたうえでアセスメントを行っている。	A	A	
	利用者・家族の希望尊重	18	個別援助計画等の策定及びサービスの提供内容の決定に際して、利用者及びその家族の希望を尊重している。	A	A	
	専門家等に対する意見照会	19	個別援助計画等の策定に当たり、必要に応じて利用者の主治医・OT/PT・介護支援専門員・他のサービス事業所等に意見を照会している。	A	A	
	個別援助計画等の見直し	20	定期的及び必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。	A	A	
	(評価機関コメント)		17. 法人独自のアセスメントシートにより利用者の心身状況や生活状況を把握し記録しています。利用者の基本情報はケアマネジャーからも得ており、利用者・家族の希望を確認しアセスメントを実施しています。また初回訪問前のサービス担当者会議等で利用者のニーズや課題を明らかにし、アセスメントを行っています。体調の変化等があった場合には適宜見直しています。 18. ケアマネジャーの居宅介護計画書をもとに利用者一人ひとりに対する訪問介護計画書を作成し、本人またはご家族に説明し同意を得ています。サービス担当者会議には利用者本人も参加し、本人及び家族の希望や目標を聞いた上で、自立支援のための個別援助計画を策定しています。 19. ケアマネジャーが主催するサービス担当者会議等でOT、PT、医師等、専門家の意見を聞きながら個別援助計画を策定しています。「京あんしんネット」を活用し医師とリアルタイムでの連携を図っています。利用者の退院時には、カンファレンス会議に参加し病院との連携に努めています。 20. 利用者宅にサービス提供責任者が月1回訪問してモニタリングを実施、計画通りにサービスが行われているか確認しています。計画は見直し基準を定めた上で適切に行われています。利用者に体調変化等があればケアマネジャーや家族に連絡し、サービス内容の確認を行い、必要に応じて計画の見直しを行っています。			
(4) 関係者との連携						
	多職種協働	21	利用者のかかっている医師をはじめ、関係機関との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。	A	A	
	(評価機関コメント)		21. 利用者の主治医や関係機関、団体等のリストが作成されており、利用者の入・退院時には迅速に情報共有を行うなど医療機関との連携が取れています。「京あんしんネット」により主治医をはじめ関係機関や他事業所との連携を図っています。			

(5) サービスの提供

業務マニュアルの作成	22	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル・手順等）が整備され、職員に活用されている。標準的な実施方法は自立支援につながり、事故防止や安全確保を踏まえたものになっている。	A	A
サービス提供に係る記録と情報の保護	23	利用者の状況及びサービスの提供状況等が適切に記録されており、管理体制が確立している。	A	A
職員間の情報共有	24	利用者の状況等に関する情報をスタッフ間で共有化している。	A	A
利用者の家族等との情報交換	25	事業者はサービスの提供にあたって、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>22. 業務マニュアル、手順書が作成されており、手順書は誰もが同じサービスを提供できるよう詳しく書かれています。また統一した支援ができるよう利用者宅に手順書を置き活用しています。マニュアルの見直しは年1回行っています。事故防止や利用者ニーズの観点からヒヤリハット事例や事故報告書、苦情や顧客満足度調査の分析結果も踏まえて見直しをしています。</p> <p>23. 利用者一人ひとりの状況やサービス提供状況が決められた様式で記録されています。原則として記録を外部に持ち出すことは禁じており、保管、保存、廃棄に関する文書管理規定を定めています。個人情報保護については入職時研修や毎年の社内研修で周知徹底しています。</p> <p>24. 利用者の状況に変化があった時は支援経過記録や連絡ノートを回覧し確認印を押すなど確実に共有しています。緊急時には携帯電話やメールを活用し、迅速に対応しています。また定期的にケアカンファレンスを開催すると共に、職員間の意見集約も行っています。</p> <p>25. 家族との情報交換には「連絡ノート」を活用しています。独居の方の場合は、状態に変化があった時などは家族に電話連絡しています。連絡が取りにくい場合は郵送もしています。</p>		

(6) 衛生管理

感染症の対策及び予防	26	感染症の対策及び予防に関するマニュアルの作成等により、職員全員が感染症に関する知識をもってサービスの提供を行っている。	A	A
事業所内の衛生管理等	27	施設（事業所）内における物品等の整理・整頓及び衛生管理を行い、効率的かつ安全なサービスの提供を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>26. 感染症に関するマニュアル及び手順書が整備され、毎年研修を行うとともに見直しも行っています。コロナ対応で手袋・エプロン・マスク・靴カバー・消毒液・石鹸等を配布し、職員自身が感染したり、感染媒体にならないよう注意しています。</p> <p>27. 事業所の書類や備品は担当者が常に確認し、整理整頓されています。事業所は毎日職員が交代で清掃し、清潔保持に努めています。担当者が常に備品のチェックを行い整理と共に在庫の確認をしています。</p>		

(7) 危機管理				
事故・緊急時の対応	28	事故や緊急時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	A	A
事故の再発防止等	29	発生した事故等に係る報告書や記録を作成し、事故の再発の防止のために活用している。	A	A
災害発生時の対応	30	災害発生時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>28. 事故や緊急時の対応マニュアルは作成されています。事故や緊急時の対応について、具体的なケースを想定した研修を毎年実施しています。また社内報で緊急時の対応方法について周知しています。</p> <p>29. 発生した事故は事故報告書に記録し、管理者や経営責任者への報告と共に家族、関係各所に報告されています。さらに事故報告は本部で集計・分析されマニュアルの見直しに反映しています。立ち上がり困難で転倒のリスクが高い利用者について介護手順書を見直した改善事例報告をお聞きしました。ヒヤリハット報告書を簡単にかけるフォーマットに変更し提出を促しています。</p> <p>30. 災害時を想定したマニュアルを作成し利用者、職員の安全確保のための研修を実施しています。災害時の指揮命令系統は定められています。特に水害を想定したマニュアルを作成し、利用者への緊急連絡体制を整備しています。</p>		

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
IV利用者保護の観点						
(1) 利用者保護						
	人権等の尊重	31		利用者本位のサービス提供及び高齢者の尊厳の保持に配慮したサービス提供を行っている。	A	A
	プライバシー等の保護	32		利用者のプライバシーや羞恥心について、常に問題意識をもってサービスの提供を行っている。	A	A
	利用者の決定方法	33		サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。	A	A
	(評価機関コメント)			<p>31. 利用者の人権や意思を尊重したサービスの提供については重要事項説明書の事業所運営方針に明記しています。身体拘束禁止・高齢者虐待防止法について毎年研修を行っています。人権に配慮したサービスの提供、援助方法についての研修も行き、虐待を疑うケースについてはケアマネジャーに報告するようにしています。</p> <p>32. 利用者のプライバシー保護や羞恥心については毎年研修を行い職員に周知を図っています。排泄介助の際は利用者のプライバシーや羞恥心に配慮したサービス提供を心掛けています。</p> <p>33. 利用申し込みには原則断ることはありませんが、体制上の理由で利用申し込みが受けられない場合は理由を家族・本人・ケアマネジャーに丁寧に説明を行っています。他事業所と協力しサービスの受入れが可能な場合は紹介しています。</p>		

(2) 意見・要望・苦情への対応

意見・要望・苦情の受付	34	利用者の意向（意見・要望・苦情）を広く拾い上げ、収集する仕組みが整備されている。	A	A
意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善	35	利用者の意向（意見・要望・苦情）に迅速に対応するとともに、サービスの向上に役立っている。	B	B
第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口で相談や苦情を訴えるための方法を、利用者及びその家族に周知している。	A	A
(評価機関コメント)		<p>34. ヘルパーは訪問時に利用者や家族の意向を聞くように努めており、状況に応じてサービス提供責任者が訪問し、詳しく話を聞くように心がけています。年に1回利用者アンケートを実施しており、利用者の意見・要望を把握するようにしています。</p> <p>35. 苦情窓口を設置し、利用者の意向を随時受け付ける体制が出来ています。受け付けた内容については毎月の部署会議や管理者会議で報告しています。しかし、内容の改善状況について公開するまでには至っていません。今後は個人情報保護（匿名性）に配慮した上で公開されるよう検討ください。</p> <p>36. 重要事項説明書に公的な苦情受付機関や第三者の相談窓口を記載し、契約時に説明を行っています。利用者から公的機関を通じての苦情に対しては、迅速に対応する仕組みが出来ています。</p>		

(3) 質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	37	利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立っている。	A	A
質の向上に対する検討体制	38	サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、運営管理者を含む各部門の全職種の職員が積極的に参加している。	A	A
評価の実施と課題の明確化	39	サービス提供状況の質の向上のため、定期的に評価を実施するとともに、評価結果に基づいて課題の明確化を図っている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>37. 利用者満足度調査は年に1回実施しています。調査の結果は本部で集計・分析された上で、管理者会議を通して各事業所の部署内会議で共有されサービスの質の向上に役立っています。</p> <p>38. 毎月の管理者会議、部署内会議でサービスの質の向上について検討しており、会議には管理者や職員全員が参加しています。圏域の在宅介護応援チーム「笑くぼ」や京都府医師会の地域ネットワーク「京あんしんネット」などに加入することで、他事業所の情報収集や比較検討を行っています。しかし継続可能なPDCAサイクルを構築するために、更なるサービスの質の向上に係わる検討体制を整備されては如何でしょうか。</p> <p>39. 年度末に事業の振り返りを実施し、サービス内容の見直しを行っています。介護事業部長が管理者とともに毎月現状把握し改善点について検討しています。第三者評価を3年に1回受診しています。</p>		